

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

418

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel-Marie PELLETIER

Né le 22 janvier 1911 à Bouin (Vendée)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACRODERMATITE CONTINUE
DE HALLOPEAU

IMPORTANCE DES LÉSIONS OSSEUSES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel-Marie PELLETIER

Né le 22 janvier 1911 à Bouin (Vendée)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

**L'ACRODERMATITE CONTINUE
DE HALLOPEAU**

IMPORTANCE DES LÉSIONS OSSEUSES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri) . .	Pathologie médicale.
BOULIN . . .	Pathologie médicale.
BULLIARD . . .	Histologie.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale.
DOGNON . . .	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD . . .	Parasitologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . . .	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
JUSTIN-BESANÇON . .	Hydrologie.
LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . . .	Obstétrique
LAROCHE(Guy) . . .	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSY. . . .	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS . .	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE. . . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . . .	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE. . .	Parasitologie.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINÉ.	Clinique médicale.	BROCQ	Clinique chirurgicale.
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CADENAT . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Clinique médicale.	GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
BRULE. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHABROL . . .	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	QUENU	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	VELTER	Clinique chirurgicale.
LIAN	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
SÉZARY	Clinique médicale.	GUENIOT. . . .	Clinique obstétricale.
VALLERY - RA-		LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
DOT (Pasteur)	Clinique médicale.	LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

RUPPE.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE :

DE MON PÈRE le Docteur ANDRÉ PELLETIER

DE MON GRAND-PÈRE le Docteur PAUL PELLETIER

Anciens internes des Hôpitaux de Nantes

DE MON ONCLE le Docteur T. L. MENARD

Ancien interne de l'Hôpital St-Joseph à Paris

DE MON GRAND-ONCLE

le Professeur HENRI HERVOUET

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A M. le Professeur H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées à la Faculté de Médecine
de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Louis

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Nous lui en exprimons notre res-
pectueuse reconnaissance.*

A MM. les Professeurs GUSTAVE et YVES BUREAU

*A qui nous devons le sujet de cette
thèse.*

*Nous ne leur dirons jamais assez
notre gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur MIRALLIÉ (*in memoriam*).

M. le Professeur FAVREUL.

Externat :

M. le Professeur JOUON (*in memoriam*).

M. le Professeur GENDRON (*in memoriam*).

M. le Docteur CASTAGNARY.

Internat :

M. le Docteur THIBAUT.

MM. les Professeurs GILBERT et GABRIEL-PIERRE
SOURDILLE.

M. le Professeur GIROIRE.

M. le Docteur FERNAND LERAT.

M. le Professeur BRELET.

M. le Docteur GAUDIN.

A MES AUTRES MAITRES

MM. les Docteurs PICHAT, POUMIER, PERRIN,
VÉRAN, LEGRAND, BOQUIEN, JARROUSSE,
MIRALLIÉ.

MM. les Docteurs LETELLIER et POUSSIE
(de St-Nazaire)

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

En présentant, comme base de notre thèse, ces quelques observations inédites illustrées de photos et de radiographies, nous voulons apporter quelques documents susceptibles de contribuer à l'étude de cette singulière maladie qu'est l'*Acrodermatite continue* de Hallopeau.

Nous commencerons par passer en revue, en nous appuyant sur les observations antérieurement publiées, les notions générales portant sur l'étiologie, la symptomatologie, les formes cliniques de cette dermatose.

Nous insisterons ensuite sur les recherches particulières dont ont été l'objet nos malades à la Clinique dermatologique.

Ceci nous permettra de transcrire, en les faisant nôtres, les réflexions que nous ont suggérées nos bienveillants Maîtres à l'occasion des trois cas que nous avons eu l'heureuse fortune de rencontrer dans leur Service. Ces réflexions portent spécialement sur la pathogénie, encore mystérieuse, des acrodermatites.

Que MM. les professeurs Gustave et Yves Bureau dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, trouvent

ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour les enseignements qu'ils nous ont prodigués, pour leur aide et leurs précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.

HISTORIQUE

C'est en 1890 qu'est publiée par Hallopeau la première observation d'acrodermatite continue. A vrai dire l'appellation n'était pas encore adoptée, puisque le clinicien ne croyait avoir affaire qu'à une asphyxie locale, type Raynaud, subissant des complications particulières. Il intitulait sa publication :

« Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique ».

En 1892, paraît une nouvelle observation du même auteur :

« Sur un deuxième cas de polydactylite suppurative et récidivante ».

Déjà, l'appellation se précise. Hallopeau est frappé de la similitude des deux cas étudiés. Il songe à un type morbide non encore décrit et dont il donne la définition suivante :

« C'est une inflammation suppurative des doigts remarquable par ses récidives incessantes, par ses caractères cliniques, par les dystrophies unguéales qui l'accompagnent, par la complication de poussées éphémères de dermatite très étendue, et enfin par des productions semblables de lésions dans la bouche ».

Dès cette époque, des discussions s'engagent sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection ; Hallopeau et Vidal soutiennent leurs points de vue respectifs.

D'ailleurs, trois nouvelles communications au sujet du même malade devaient apporter successivement des précisions sur l'évolution du syndrome :

En 1899 dans le Bulletin de la Société française de dermatologie paraît une note de Hallopeau, intitulée :

« *Acrodermatite suppurative continue* ».

En 1902, de Hallopeau et Eck, un article :

« *Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite suppurative continue des mains* ».

Et enfin en 1904 d'Hallopeau et Gastou :

« *Guérison presque complète par les rayons X d'une acrodermatite suppurative continue remontant à vingt-six ans* ».

La troisième observation de Hallopeau est publiée en 1897 avec comme titre :

« *Sur les acrodermatites continues (polydactylites récidivantes)* ».

Mais beaucoup plus intéressante est la quatrième, très développée, l'observation « Frèche-Hallopeau », le sujet étant suivi depuis le début de sa maladie jusqu'à la table d'autopsie :

Une première partie en effet est publiée par Frèche en 1897.

« *Eruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatite repens* ».

En mai 1897, le malade quitte Bordeaux et se rend à

Paris, où il est soigné par Hallopeau qui continue l'observation :

C'est ainsi que, à la fin de l'année 1897, le dermatologiste parisien fait une communication...

« Sur un quatrième fait d'acrodermatite suppurative continue ».

Puis en 1898 une...

« Deuxième note sur un quatrième cas d'acrodermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venue la compliquer ».

La mort du même malade devait d'ailleurs être le sujet de nouvelles études avec document résultant de l'autopsie et examen histologique (1898).

*
* *

Voici donc les quatre cas personnels, qui, en moins de dix ans, permettent à Hallopeau de faire une étude fondamentale de ces « polydactylites suppuratives ».

Dès 1897, en effet, le Professeur, dans une Clinique magistrale, donne une description déjà détaillée des acrodermatites. On l'entend les diviser en trois groupes.

Vésiculeuses ;

Pustuleuses ;

Mixtes.

Mais d'autres personnalités médicales s'intéressent bientôt à la question. Le professeur Audry, de l'Université de Toulouse, reprend à son compte en 1901 l'étude de ce syndrome, et, en ajoutant aux faits publiés

quelques observations inédites, fournit une mise au point importante.

Pour Audry, les faits étudiés peuvent se classer en trois catégories.

Les cas types ;

Les cas frustes ou avortés ;

La forme maligne progressive.

Mais l'auteur objecte que la dénomination d'acrodermatite continue est « beaucoup trop vague, beaucoup trop générique » que « ce peut être un terme de classification, mais non une désignation précise ». La continuité pour lui n'est pas une marque absolue. Aussi il lance le terme nouveau de :

« *Phlycténoses récidivantes des extrémités* ».

*
* *

Depuis l'étude d'ensemble d'Audry en 1902, quelques dizaines d'observations sont publiées notamment par M. Bodin, de Rennes, Carle, Danel, Hudelo et Hérisson, Croker, Mestchersky, Dubreuilh, sans parler de nouveaux cas de Hallopeau et d'Audry lui-même.

Mais les auteurs s'attachent moins désormais à l'étude clinique qu'aux recherches étiologiques et pathogéniques de l'affection de nature toujours mystérieuse.

Cependant en 1927 M. Gougerot décrit, sous le titre de « Dermatose nouvelle » une

« *Forme nouvelle érythémato-squameuse et fissuraire des acrodermatites d'Hallopeau* ».

Il s'appuie sur plusieurs observations où les malades ont présenté des lésions érythémato-squameuses pures sans jamais ni vésicules ni pustules.

A ce propos, lui aussi cherche à peser les hypothèses suggérées antérieurement au sujet de la nature de ce syndrome.

Mais actuellement encore, le mystère n'est pas éclairci. Et comme le laissait entendre récemment M. Bonnet, de Lyon, à l'occasion d'une présentation de malade (*Forme grave d'acrodermatite continue*, 1934) le problème pathogénique reste entier.

OBSERVATIONS

Voici trois observations, recueillies dans le Service de la clinique dermatologique de Nantes, qui correspondent bien à la description faite par Hallopeau, sous le nom d'*Acrodermatite continue*, ou encore à celle faite par Audry sous le nom de *Phlycténose récidivante des extrémités*.

Obs. 1 (Observation du Dr GUSTAVE BUREAU).

Mme B..., commerçante à Saint-Nazaire, âgée de 50 ans, entre le 20 mai 1935 à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

A. H. sans grand intérêt. Père mort à 77 ans. Mère morte à 66 ans d'une affection cardiaque.

D'une famille nombreuse, dont elle est la seule survivante, elle ne présente jusqu'à 1926 aucun antécédent pathologique. Mariée à 22 ans, son mari bien portant est grand mutilé de guerre. A 25 ans, elle fait une fausse couche de 7 mois. Depuis, sauf une métrite, aucune maladie jusqu'à l'âge de 41 ans.

A cette époque (1926) commence son histoire pathologique, dont elle rattache le début à un incident d'apparence banale. Un chat échappé d'un bateau au lazaret de Saint-Nazaire et récemment dératissé, l'aurait mordue au pouce droit. Il s'en serait suivi une infection locale, avec œdème de l'avant-bras qui aurait persisté un certain temps.

Deux mois après, apparaît une tourniole au même pouce, puis à l'index, au médius ; elle est suivie d'une chute de l'ongle, mais avec ce caractère d'être absolument indolore.

L'infection cutanée gagne peu à peu les autres phalanges sur lesquelles surviennent des pustulettes s'accompagnant de poussées fébriles avec une certaine atteinte de l'état général. En même temps s'établit la disparition progressive de la menstruation.

Le Dr Pacreau, de Saint Nazaire, qui soigne cette malade à cette époque (1926), devant la persistance de l'affection cutanée, nous l'adresse et nous portons le diagnostic d'acrodermatite continue. La malade retourne à Saint-Nazaire et nous ne l'avions pas revue depuis.

D'après ses dires : l'affection cutanée depuis ce moment a toujours continué à progresser, procédant par poussées.

Pendant six ans, les lésions s'étendent progressivement mais restent cependant localisées à trois doigts de la main droite. En outre, par trois fois la malade aurait fait sur le côté droit du corps des éruptions, plus ou moins étendues, caractérisées également par des éléments pustuleux qu'elle a qualifiés de zona. Cette éruption siégeait au cou, à l'aiselle, sur le côté droit du corps, sur les organes génitaux et la cuisse. La durée en était plus ou moins longue. La dernière, qui eut lieu en 1932, a duré six semaines. Elles étaient peu douloureuses et s'accompagnaient d'une élévation de la température.

En 1932, l'affection qui était jusqu'alors restée localisée aux doigts de la main droite subit une poussée intense. L'infection cutanée envahit toute la main, puis gagne progressivement l'avant-bras, caractérisée par une rougeur intense de la peau, sur laquelle viennent se développer ensuite des éléments purulents. Cette poussée s'est faite très rapidement en une quinzaine de jours.

En même temps, la main gauche se prend à son tour ; les lésions débutent par le médius gauche près de l'ongle et

s'étendent progressivement sur toute l'étendue de ce doigt, où elles restent jusqu'ici localisées. C'est à ce moment que seraient apparus, lors des poussées, des phénomènes douloureux, caractérisés par une sensation de brûlure insupportable.

Depuis l'affection n'a fait que s'étendre et progresse d'une façon régulière, procédant toujours par poussées, avec accalmie de quelques jours, et est arrivée peu à peu par suite des altérations de la peau et des rétractions des doigts concomitantes, à prendre au niveau de la main droite les déformations et mutilations considérables que l'on observe aujourd'hui.

Etat actuel :

A son entrée à la Clinique, la malade est assez asthénique mais non amaigrie. On constate plutôt chez elle une certaine obésité qui se serait développée assez rapidement il y a un an, à la suite d'un séjour de trois mois au lit.

La malade est fébrile 39°8 ; en pleine éruption ; l'affection cutanée se présente alors sous l'aspect suivant :

Membre supérieur droit :

Les altérations cutanées ont envahi toute la main et la plus grande partie de l'avant-bras. Sur ce dernier, elles s'étendent sur sa face externe jusqu'au coude, où elles se terminent nettement par une ligne arrondie à convexité supérieure ; sur la face interne jusqu'à la moitié environ. La peau est de couleur rouge, violacée, lisse et comme atrophiée. Sur toute cette étendue, elle est recouverte d'éléments pustuleux, de petites dimensions, soit isolés soit en bouquets, mais le plus souvent réunis de façon à former des soulèvements épidermiques, purulents, dessinant des traînées serpigineuses ou des fragments de cercle, dont quelques-uns, après leur rupture, laissent des débris d'épiderme adhérent.

La main droite présente des altérations, déformations et mutilations considérables.



FIG. 1. — Obs. I. Main droite



FIG. 2. — Obs. I. Main droite

Le poignet est à peu près immobilisé en rectitude.

Le pouce est en demi-flexion et adduction.

Pour l'index : la phalange est en flexion, la phalangine et la phalangette en flexion mais cette dernière semble en partie éliminée.

Pour le médius : la phalange est en extension, la phalangine en flexion, la phalangette en flexion.

Pour l'annulaire : la phalange est en hyperextension, la phalangine en flexion, la phalangette en flexion.

Pour l'auriculaire : la phalange est en hyperextension et abduction, la phalangine en flexion, la phalangette en flexion.

Les ongles sont inexistants.

Il existe une syndactylie complète de toutes les surfaces en contact, seul le pouce est en partie indépendant des autres doigts.

La photographie de la main droite montre du reste mieux que toute description, l'intensité des mutilations.

Membre supérieur gauche.

De ce côté, les lésions plus discrètes sont localisées au médius mais s'étendent sur une certaine distance à la paume de la main. La phalangine et la phalangette sont en demi-flexion. L'ongle manque. On observe en ces points les mêmes altérations de la peau et les mêmes éléments éruptifs.

La malade accuse ressentir de violentes douleurs, principalement au moment des poussées éruptives et surtout dans la main et l'avant-bras droit.

Nous avons pu suivre très régulièrement l'évolution de l'affection pendant les trois semaines que la malade a passées à la Clinique et assisté au développement de plusieurs poussées éruptives qui se sont toutes présentées de la même façon.

Chaque poussée éruptive était précédée de phénomènes douloureux et s'accompagnait d'une élévation de tempéra-

ture qui persistait pendant toute la durée de l'évolution des lésions c'est-à-dire 4 à 5 jours en moyenne.

Elle était caractérisée par l'apparition brusque sur la surface rouge de la peau d'une multitude de petits éléments, pustuleux, isolés groupés ou fusionnés les uns aux autres et qui évoluaient en quelques jours.

Nous avons pu assister ainsi à cinq poussées successives, dont les trois dernières ont été beaucoup moins intenses que les deux premières.

Les divers examens que nous avons pratiqués chez cette malade ont donné les résultats suivants.

Réaction sérologique :

Wassermann —

Bauer Hecht —

Jacobsthal —

Kahn —

Vernes 0

Examen du sang.

Numération : G R 4.530.000.

» : G B 13.700.

Pourcentage : Polynucléaires 76,5,

: Mononucléaires grands 4, petits 14,5.

Pas d'éosinophiles :

Métabolisme basal 37

Calcémie 118 mmgr.

Oscillométrie : Diminution considérable des oscillations du côté gauche, comme l'indique le tracé.

Au-dessus du coude au Pachon le maximum d'oscillation est de :

3 1/2 à droite

1 à gauche

Radiographie : Nous avons fait faire une radiographie de la main et de l'avant-bras droit et de la main gauche et soumis cette radiographie au Dr Gauducheu, radiologiste des

hôpitaux, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

La radiographie de l'avant-bras et de la main malades, montre une décalcification intense de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, ainsi que des os du carpe. Sur ces derniers, la structure osseuse est presque complètement remaniée et n'a plus ses caractères habituels ; il en est de même au niveau du métacarpien et des phalanges ; au niveau du pouce, les travées osseuses sont presque disparues ainsi qu'au niveau de la diaphyse des autres métacarpiens ; la structure des phalanges est également altérée, quoique cependant à un degré moindre.

Au niveau de la main du côté opposé, où seul le médius est actuellement atteint par la maladie, on note seulement que la structure de la première phalange est modifiée au niveau de sa diaphyse et les travées osseuses sont beaucoup plus lâches que celles des phalanges des doigts voisins, tandis que les deux épiphyses ont encore conservé une structure régulière.

La diaphyse de la deuxième phalange du même doigt, présente des caractères analogues, quoique à un degré moindre.

Durant son séjour à la clinique, la malade a été traitée par l'acécoline, puis soumise à la radiothérapie des surrénales. A sa sortie, elle semblait légèrement améliorée, les douleurs avaient diminué.

Nous l'avons revue quelques semaines après : de nouvelles poussées d'éruption s'étaient encore produites, mais moins intenses. Depuis, nous n'en avons eu aucune nouvelle.

Obs. II. — Mme Vve C..., 64 ans, entre dans le Service (pour la deuxième fois) en juillet 1935 pour une dermatose rebelle de la main gauche.

Le début remonte à deux ans environ (août 1933). A ce moment : infection apparemment banale de l'extrémité de l'annulaire gauche : Sorte de panaris superficiel, ayant décollé l'épiderme et entraîné un aspect érythémateux de la phalangette. Le mal alors n'est pas très douloureux. L'apyrexie est complète. Les occupations journalières de la malade sont possibles.

Ce panaris est incisé par le médecin local. Il n'y a pas issue de pus. Et la petite intervention n'arrête d'ailleurs pas les dégâts, puisque la patiente est bientôt obligée de se faire hospitaliser à l'Hôtel-Dieu, où, vu les lésions radiologiques décelées sur le squelette du même doigt, l'on procède à l'amputation métacarpo-phalangienne.

Les mois qui suivent, octobre 1934, janvier 1935, durant lesquels la malade fait un premier séjour dans le Service de dermatologie, il y a extension progressive à la main des lésions. Celles-ci sont étiquetées « Eczéma microbien, consécutif à un panaris ».

De fait on applique une série d'antiseptiques variés. L'affection passe par des périodes d'amélioration et d'aggravation. Mais au total le résultat thérapeutique est nul.

Ce n'est que lors de son deuxième séjour dans le Service (juillet 1935) que, sur la malade, le diagnostic d'acrodermatite continue est posé :

A l'examen en effet :

Les lésions sont essentiellement constituées par un aspect érythémateux de la peau qui est atrophiée complètement.

Sur la surface, lisse, rouge chair, tranchent de petit ilots purulents semblant provenir d'un suintement par de fins pertuis. La région se couvre de petites croûtes dont l'ablation est extrêmement douloureuse.

La topographie en est très nettement délimitée :

Localisation à toute la paume de la main sauf l'éminence thénar :

plus : la face palmaire de la 1^{re} phalange du médius ;

plus : la surface entière de l'auriculaire (l'ongle de l'auriculaire manque).

Le pouce et l'index sont entièrement respectés.

Par ailleurs l'état général est bon.

T. A. Pachon : Bras droit 15 1/2 — 9. Indice 2.

Bras gauche 15 1/2 — 9. Indice 3 1/2.

Glycémie	0 gr. 85
Calcémie	200 mmgr.
Urémie	0 gr. 30
Cholestérinémie	1 gr. 50
Bordet Wass.	négatif.

Radiographies (Docteur Gauducheau).

La radiographie de la main malade comparée à celle du côté opposé montre au niveau des 2^e, 3^e et 4^e métacarpiens un remaniement très net de la structure osseuse ; les travées sont en effet beaucoup moins visibles, elles sont floues ; les épiphyses ont un aspect ouaté et même l'épiphyse distale du 4^e présente une zone claire sans structure nette, presque cavi-taire. Au niveau du 5^e métacarpien, les troubles sont moins marqués, ils affectent surtout la diaphyse, un peu l'épiphyse distale, l'épiphyse proximale paraît indemne ? Ajoutons que sur le 4^e thème métacarpien l'épiphyse proximale est moins touchée que l'épiphyse distale.

La structure de la première phalange de l'index et du médius est également fortement modifiée, sauf au niveau des épiphyses distales.

La première phalange du 5^e doigt est beaucoup moins atteinte et seulement dans sa diaphyse ; il n'y a rien à noter sur les 2^e et 3^e phalanges. Les phalanges des pouces et leur métacarpien sont absolument indemnes. Il semble en somme que le maximum de lésions ait atteint les systèmes osseux au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne des 2^e, 3^e et 4^e doigts.

Traitement :

Acécoline 0 gr. 10 tous les 2 jours pendant 1 mois 1/2.

Radiothérapie des surrénales.

La malade sort le 15 novembre 1935, très peu améliorée, et n'a pas été revue depuis.

Obs. III (recueillie par M. GRÉAUD, interne des hôpitaux de Nantes).

M. R... Alexandre, 68 ans. Profite d'un séjour à l'Hôtel-Dieu, dans le Service d'ophtalmologie (cataracte gauche) pour se présenter à la consultation de dermatologie, en novembre 1935.

Il attire l'attention sur des lésions de ses deux pouces.

Pour le pouce gauche, le début daterait de 6 ans (noter une incapacité ancienne de l'extension par section tendineuse due à un coup de serpe) :

D'abord une petite ulcération sous-onguéale qui s'étend peu à peu à la face dorsale et amène la chute de l'ongle.

Puis les lésions progressivement gagnent la base de la 1^{re} phalange. Le malade ne peut se servir de son pouce depuis 5 ans.

Pour le pouce droit, début il y a 5 ans. Le sujet accuse une piqûre sous-onguéale. Chute de l'ongle très rapide. Puis extension progressive du mal.

A l'examen :

Localisation aux deux pouces avec extension au pli interdigital, à droite. Les deux pouces sont atrophiés, surtout le pouce gauche qui est plus petit que le droit, et est absolument rectiligne. Ils sont fusiformes, rouges, couleur chair musculaire sur quatre centimètres. La surface est brillante, vernissée, ne présentant plus aucun pli. Elle est parsemée de petits points purulents.

Par ailleurs :

Examen du cœur et des poumons normal.



FIG. 3. — Obs. II. Main gauche.



FIG. 4. — Obs. III. Les deux mains

Pas de troubles de la sensibilité superficielle et profonde,
ni de la sensibilité thermique.

pas d'antécédents notables

T A. 16.9

T. moyenne 40

Glycémie 0 gr 88

Calcémie 109 mmgr.

Cholestérinémie 2 gr. 30

Bordet Wassermann négatif

Radiographie (Dr Gauducheau).

La radiographie des deux mains montre une décalcification très marquée des deux pouces et de leur métacarpien : les travées osseuses sont très fines et nettement visibles, mais les os sont beaucoup plus transparents que ceux des autres doigts et des autres métacarpiens : de même les deux trapèzes correspondants sont fortement décalcifiés.

Le sujet sort au bout de quelques jours, et n'a pas été revu.

ETIOLOGIE

L'acrodermatite continue est une maladie relativement rare, puisqu'on n'en compte encore que peu d'observations.

AGE :

La dermatose apparaît à tout âge.

L'enfant dont MM. Hudelo et Picard rapportent le cas en 1921 était atteint dès l'âge de 2 ans.

Un an auparavant, un cas était publié par MM. Thibierge et Legrain, chez un enfant de 5 ans, pendant que M. Bodin, de Rennes, présentait comme atteintes de la même affection, des fillettes de 8 et 9 ans.

Par contre, un de nos malades est presque septuagénaire. Et il en existe de plus âgés.

SEXE :

Le sexe paraît indifférent.

Plusieurs auteurs ont insisté sur la coïncidence, chez la femme, des poussées éruptives, avec le flux menstruel.

Carle l'a observé dans une publication qu'on retrouve dans les *Annales de Dermatologie* de 1902. Les lésions

étaient alors localisées à un seul doigt et pendant trois années consécutives, l'apparition des pustules accompagna l'hémorragie cataméniale avec une régularité parfaite.

Dans une observation publiée en 1920 par M. Bodin, on trouve ce paragraphe :

« Il y a exactement 10 ans que la maladie a débuté, et depuis, l'éruption se produit avec une régularité remarquable à chaque époque menstruelle au moment où apparaît l'écoulement sanguin ».

Par contre dans notre observation Ire, le développement de l'acrodermatite coïncide avec la diminution progressive de la menstruation.

HÉRÉDITÉ :

Dans le fait signalé en 1921 par M. Chatellier, chef de clinique dermatologique de Toulouse, l'auteur en note le caractère héréditaire ou familial : la grand'mère et la tante maternelle du malade présentaient, paraît-il, des lésions identiques aux siennes, de même évolution et de durée très longue.

MM. Hudelo et Picard remarquent le terrain hérédosyphilitique de leur petit malade.

Mais ces coïncidences : caractère familial, terrain hérédosyphilitique ne semblent se trouver que dans des cas isolés.

CAUSE OCCASIONNELLE OU FAVORISANTE :

Beaucoup de sujets accusent, comme point de départ de leurs misères, un traumatisme :

Le deuxième malade présenté par Hallopeau faisait remonter son mal à un coup de marteau sur le pouce.

Celui de M. Frèche, suivi plus tard par Hallopeau, ne présentait au début aucune trace de traumatisme ni de blessure apparente. Mais sa femme prétendait qu'il y avait eu une piqûre d'épine sous l'ongle du pouce !

C'est d'ailleurs encore une piqûre d'épine qu'invoque la malade de MM. Glasser et Diss (Acrodermatite suppurative continue. Réunion dermatologique de Strasbourg, 1926).

Même incident, ou à peu près, est celui signalé dans notre observation III.

Mais les traumatismes invoqués sont fort variables, à la vérité.

Le brocanteur, dont M. Ledoux narre l'histoire dans sa thèse avait manipulé de l'acide nitrique. La ménagère qui fait l'objet de l'observation suivante s'était fait une piqûre avec un éclat de charbon de coke. (*Thèse de Bordeaux*, 1899).

Quant à notre Nazairienne (obs. I^{re}), elle assure qu'elle s'est fait mordre par un rat !

Et ainsi pourrait presque se poser la question des accidents professionnels. Un des malades de M. Bodin était un tailleur de pierres qui n'a pas manqué d'attribuer son mal à des traumatismes répétés par des éclats de pierres pendant son travail.

CAUSE RÉELLE :

Le traumatisme semble cependant n'être qu'une cause occasionnelle ou favorisante de la maladie de Hallo-

peau. Bien des sujets ne se rappellent avoir reçu aucune blessure. Et quand elle existe, on peut lui attribuer la même valeur que la contusion invoquée à l'origine d'une coxalgie ou d'une tumeur blanche.

Quelle est donc la cause réelle? La rechercher est aborder le problème délicat et complexe de la nature, de la pathogénie de l'acrodermatite continue, étude à laquelle nous nous proposons de réserver un chapitre spécial.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous aurons en vue dans notre description la forme type, dans laquelle peuvent se ranger au moins nos cas II et III ; quitte à signaler ensuite les formes cliniques qui peuvent s'en éloigner.

Forme type

Lieux d'élection :

L'affection débute le plus souvent à la face dorsale du doigt, (pouce, index, médium, annulaire) plus précisément autour de la sertissure périunguëale.

Elle envahit la phalange, puis le doigt dans sa totalité. Plus tard les autres doigts, et une plus ou moins large surface de la main sont envahis.

Généralement l'infection se cantonne là, sans atteindre le poignet et l'on passe sans transition de peau malade à peau saine.

Les confins des lésions dessinent un tracé curviligne, quelquefois marqué par un décollement épidermique (Brocq). La ligne de démarcation est très nette.

Noter que l'extrémité du membre opposé peut être envahi symétriquement, mais sur une surface inégale :

Le malade de notre observation II présente des lésions unilatérales, atteignant trois doigts et une grande partie de la main.

Celui de notre observation III présente des lésions bilatérales, à peu près symétriques. Par contre, le pouce seul est atteint.

Eléments :

1° Il s'agit essentiellement de *bulles* : vésicules ou pustules, et c'est à ce symptôme que l'acrodermatite continue doit son autre appellation de phlycténose des extrémités (Audry).

C'est d'ailleurs le premier symptôme ; le malade attire l'attention sur une tourniole, qu'il considère comme point de départ de ses maux.

Cette tourniole avait comme caractère d'être indolente. Mais bientôt elle a pris de l'importance et a amené la chute de l'ongle.

Et voici que de nouveaux éléments bulleux naissent sur la phalange pour gagner ensuite de proche en proche la base du doigt. Ils présentent des dimensions variant d'une tête d'épingle à plusieurs centimètres. Ils sont plus ou moins agglomérés. Leurs contours en sont arrondis ou polycycliques. Leur évolution en est très rapide. Les bulles en effet se dessèchent, se déchirent laissant sourdre une sérosité plus ou moins louche ; il leur succède des exulcérations bordées par une collerette épidermique, vestige du soulèvement bulleux primitif ;

2° La peau, sur laquelle se développe ces éléments,

s'atrophie considérablement. Les bulles ou leurs débris reposent sur un derme rouge, lisse, vernissé, couleur chair musculaire.

3° Des troubles trophiques prennent plus ou moins d'importance : *L'ongle* qui repousse souffre dans sa nutrition, perd son poli, se creuse verticalement de plis et de sillons profonds. Il présente des aplatissements transversaux et de nombreuses dépressions punctiformes. Les *poils* manquent sur la zone malade.

Symptômes subjectifs :

Ils sont d'intensité variable.

Quelquefois, l'indolence est absolue. D'autres fois il existe des sensations parasthésiques, plus rarement du prurit, plus souvent une impression pénible de cuisson. Mais les douleurs s'accroissent dans les phases aiguës de l'évolution.

Evolution :

La phlycténose récidivante des extrémités est une affection chronique durant des années. L'évolution en est hachée de paroxysmes alternant avec des phases de rémission, ce qui rendrait légitime la dénomination d' « acrodermatite discontinue ».

Chaque poussée paroxystique est caractérisée par l'apparition brusque, sur la surface rouge de la peau de nouveaux éléments pustuleux, évoluant en quelques jours.

En même temps : phénomènes douloureux, cuisson, avec parfois ascension thermique.

La date d'apparition peut être assez régulière. Nous avons noté les réflexions de M. Carle et plus tard de M. Bodin, sur la coïncidence de phases évolutives, avec les périodes menstruelles.

Mais les poussées peuvent être plus fréquentes, de même qu'elles peuvent se reproduire à des intervalles beaucoup plus prolongés. Prenons-en comme exemple, le malade observé par MM. Gougerot et Durel en 1931 : (*Acrodermatite saisonnière estivale*).

Etat général :

L'état général dans l'ensemble reste bon. La température est normale, avec seulement les ascensions thermiques ci-dessus notées. Les fonctions sont normales. Il n'existe pas d'albuminurie.

Précisons également que ni la tension artérielle ni les réflexes ne sont, dans la règle, modifiés.

Autres formes cliniques

Nous pourrions les classer d'après les points principaux de notre description, c'est-à-dire d'après les *localisations*, d'après la *nature des lésions* et d'après l'*évolution*.

Formes d'après les localisations

La phlycténose récidivante des extrémités se localise, dans la règle, avons-nous dit tout à l'heure, au membre supérieur. Mais d'autres régions peuvent être atteintes par cette singulière maladie.

Les pieds peuvent être envahis :

Le plus souvent c'est *secondairement* :

Dans un des cas rapportés par M. Ledoux (Service du Professeur Dubreuilh) les pieds ont été envahis au bout de deux mois.

Pour le malade de M. Frèche, les deux petits orteils ont été pris au bout de huit mois.

L'enfant dont MM. Hudelo et Picard nous narrent l'histoire en 1921 avait été atteint d'abord aux doigts, ensuite aux pieds.

Mais quelquefois, c'est *primitivement*.

Témoin ce sujet de M. Bonnet, qui, écolier, avait constaté « que ses deux gros orteils étaient un peu douloureux et que, sous l'ongle se trouvait « une gonfle, pleine de pus ».

D'autres régions des téguments peuvent aussi participer à l'envahissement de l'acrodermatite.

En premier lieu, les parties proximales des membres : Les bras, les cuisses.

En second lieu, le tronc.

L'observation « Frèche-Hallopeau » est une illustration de ces très rares cas à généralisation et sur lesquels on a discuté, en se demandant s'il ne s'agissait pas d'infection surajoutée. On a décrit encore des lésions du visage : narines, commissure palpébrale (Obs. Bonnet).

Enfin il convient d'ajouter les *lésions buccales* qui se retrouvent dans plusieurs publications d'Hallopeau, constatations que cet auteur avait établies par une induction hâtive, comme correspondant à une véritable règle.

Rappelons-nous en effet la définition de 1892 :

« Inflammation suppurative des doigts remarquables par ses récurrences incessantes et par des productions semblables de lésions dans la bouche ».

Formes d'après la nature des lésions.

1^o FORMES CLASSIQUES :

Hallopeau, nous l'avons déjà indiqué, divisait les acrodermatites en trois groupes : vésiculeux, pustuleux, mixte.

A) *Acrodermatite vésiculeuse* : Nous reproduisons, comme présentant un intérêt historique, la description que le Maître en a faite dès 1897 en se basant sur trois cas :

« Cette forme est constituée par des vésicules reposant
« sur une surface rouge, les vésicules isolées persistent
« d'abord un certain temps après l'éruption qui n'est en
« premier lieu que partielle. Quand les vésicules se
« rompent elles laissent des excoriations qui se recou-
« vrent bientôt, soit de croûtes, soit de squames lamel-
« leuses, plus ou moins épaisses. La peau sous-jacente
« est rouge et tuméfiée. Si les squames se détachent,
« l'épiderme est aminci, lisse et brillant ; quelquefois
« au contraire, il est épaissi, et cet épaississement se
« traduit par une exagération des plis... Le malade
« éprouve une sensation pénible de cuisson, mais non de
« prurit. Cette forme ne se développe pas aux orteils ».

B) *Acrodermatite pustuleuse* : Ce groupe correspond pratiquement à la forme type suppurative, telle que nous l'avons étudiée, avec ses modalités de localisations.

Dans la grosse majorité, l'acrodermatite est pustuleuse. Et de nombreux observateurs ont mis en culture le contenu, purulent, des phlyctènes. L'examen bactériologique montre d'ailleurs la présence de microbes banaux, et plus précisément de staphylocoque blanc ou doré.

C) *Acrodermatite mixte* : Cette troisième variété semble inutile. Car si la phlycténose présente successivement ou simultanément des éléments vésiculeux et des éléments pustuleux, l'ensemble subit l'évolution observée dans l'acrodermatite pustuleuse.

2° FORME NOUVELLE :

Nous voulons parler ici de la *forme érythémato-squameuse et fissuraire* des acrodermatites de Hallopeau.

M. Gougerot, qui l'a décrite en 1927 s'appuie sur une série d'observations. Les premières servent de transition entre les formes classiques : vésico-pustuleuse ou vésiculeuse et, cette forme nouvelle ; les secondes sont érythémato-squameuses pures, sans jamais n'avoir présenté ni vésicules, ni pustules.

Il convient de remarquer ici que bien des auteurs avant 1927 ont décrit dans l'acrodermatite des lésions érythémato-squameuses :

Hallopeau ne parlait-il pas dans sa toute première observation d'un « érythème avec desquamation » ? Dans une autre il s'agit de « desquamations lamellaires ou légèrement croûteuses ».

Plus près de nous, en feuilletant les Annales de Dermatologie de 1920, on trouve de M. Bodin une « Note

sur quatre cas d'acrodermalite suppurative continue ». Or dans ces quatre observations l'auteur parle de « peau rouge » et de « squames longues et irrégulières ».

Mais il ne s'agissait assurément pas là de formes sans vésicules, ni pustules. Et faisant allusion à l'article de M. Gougerot, M. Bonnet croit légitime de « faire les plus expresses réserves sur ces cas dont rien ne démontre qu'ils fassent réellement partie d'une maladie dont ils diffèrent à un tel point ».

Formes d'après l'évolution :

Autour de la forme type suppurative, on peut décrire des formes frustes ou avortées, des formes graves, mutilantes et même malignes.

a) FORMES FRUSTES :

Nous insisterons peu sur cette variété : Il s'agit d'adultes jeunes présentant sur les doigts et les mains des éruptions vésiculeuses, indéfiniment récidivantes, ne relevant, ni de la dyshydrose, ni de l'eczéma. On peut même se demander, dit Audry « si de tels caractères suffisent pour les individualiser, et d'autre part, s'ils permettent de les rapprocher de la variété que nous avons considéré comme typique ».

Et certaines formes, apparemment frustes, ne seraient-elles pas des formes plus graves à leur début ?

b) FORMES GRAVES :

A. — Elles sont graves par les *mutilations* qu'elles provoquent.

Nous avons signalé la disparition de l'ongle, qui,

semblant atteint dans sa nutrition, soit primitivement, soit par suppuration de la tourniole, tombe le plus souvent. Or, sous le pus épais, grumeleux, que laissent sourdre les squames et les croutelles, le lit unguéal peut s'enflammer. La sertissure devient rouge, œdématiée, suintante. A un degré plus avancé, les parties molles du doigt s'atrophient considérablement. Les phalanges s'immobilisent les unes par rapport aux autres en position variable. La phalangette se « recroqueville » en flexion. Dans l'ensemble, le doigt est diminué de longueur et l'on peut se demander s'il n'est pas amputé de sa phalange distale. Pourtant on ne trouve jamais dans le pansement de partie éliminée.

Qu'il nous suffise de citer quelques fragments d'observations :

Voici en premier lieu quelques lignes concernant le sujet « Frèche-Hallopeau » ;

« L'épiderme est aminci et en partie desquamé. Les extrémités des doigts sont renflées en massues ; les ongles sont tombés, leurs matrices sont recouvertes de croûtes épaisses.

Les doigts sont fléchis sur les paumes des mains, les deuxièmes phalanges des annulaires et des médians sont étendues sur les premières. Les parties ne se meuvent que difficilement ».

Voici en second lieu un extrait de l'observation, recueillie par M. Lacassagne, interne de M. Bonnet de Lyon.

« La paume de la main forme une cavité semblant faite de tissu cicatriciel, tant les plis cutanés ont disparu et tant l'atrophie est grande.

Les doigts sont en mi-flexion, ainsi que l'auriculaire, comme si la dernière phalange était absente. Pourtant le malade ne constata jamais l'élimination de particules osseuses. Les autres doigts de cette même main ont leur dernière phalange comme recroquevillée, du côté de la paume de la main.

En outre, on note que les mouvements volontaires de la main et des doigts sont extrêmement restreints... »

L'observation de la malade personnelle de notre Maître M. le Prof. Gustave Bureau, s'apparente par bien des points, on le voit à la précédente, si l'on se rappelle les altérations, les déformations, et les mutilations considérables de la main droite dont nous apportons la photographie (Voir obs. I).

B. — Elles sont graves par leur *généralisation* :

Les localisations de ces phlycténoses malignes dépassent de beaucoup le territoire habituel.

Le malade de M. Frèche devait endurer des poussées successive de « dermatite suppurative » au niveau et au pourtour des anciens foyers. De telle sorte que furent envahis progressivement tour à tour, ventre, dos, parties génitales, thorax. Il y eut même un énanthème, puisque la langue fut prise.

Le Savoyard de M. Bonnet avait eu, lui, plusieurs poussées thermiques coïncidant avec des poussées éruptives érythémato bulleuses, généralisées à toute la surface du corps. A tel point que les téguments furent dans toute leur étendue, suintants et dépouillés d'une partie de leur épiderme, et dégageant une odeur extrêmement fétide.

Nous pourrions citer également un autre fait très

intéressant publié encore par l'Ecole Lyonnaise. Celui-là date de 1929. Il est publié sous le titre :

« *Uncas généralisé d'acrodermatite suppurative continue (forme grave de la maladie de Hallopeau)* » par MM. Nicolas, Massia et Froment (Réunion dermatologique de Lyon, 21 novembre 1929).

L'observation en est extrêmement détaillée et complète.

Notre Nazairienne, elle aussi, a présenté par trois fois des éruptions pustuleuses étendues siégeant au cou, à l'aisselle, sur le côté droit du corps, sur les organes génitaux et la cuisse. Elle les avait qualifiées de zona ! (voir obs. I).

3° Elles sont graves par leur *terminaison*.

On compte dans l'histoire des acrodermatites continues, une demi-douzaine de formes graves qui se sont terminées par la mort, mort suivant une période d'affaiblissement progressif compliquée de congestion pulmonaire ou de lésions d'autres organes. C'est ainsi que l'issue a été fatale dans les cas précités de MM. Frèche-Hallopeau et des Lyonnais.

Pour en revenir à la quinquagénaire dont l'histoire est publiée par nous dans notre observation 1^{re}, nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis juillet 1936.

Mais il est certain, qu'à sa sortie de la Clinique, à la suite du traitement suivi, elle semblait légèrement améliorée ; les phénomènes subjectifs avaient en partie régressé.

Même quelques semaines plus tard les paroxysmes qui s'étaient reproduits avaient été moins intenses.

Puisse cette accalmie persister, et maintenir dans les limites où nous les avons observés, des dégâts qui n'ont déjà que trop entamé le physique et le moral de notre pauvre patiente !

LABORATOIRE

RECHERCHES CHIMIQUES :

Sang : Taux d'urée, de cholestérine, de glucose, normaux. Taux de calcium : élevé.

Urine : Glucose, néant ; albumine, néant (sauf dans les poussées graves).

RECHERCHES SÉROLOGIQUES : Wassermann et autres réactions négatives (sauf si la syphilis est associée).

RECHERCHES HISTOLOGIQUES :

Sang : Formule normale. Il n'existe pas d'éosinophilie.

Peau : Nous n'avons pas pu faire de recherches histologiques au niveau des téguments. L'annulaire amputé de notre malade Il nous eût pourtant fourni une belle pièce anatomique ! Mais le diagnostic d'acrodermatite continue n'était pas établi à cette époque.

D'ailleurs pour les auteurs qui l'ont effectué, l'examen histopathologique donne des résultats d'intérêt secondaire : Infiltration inflammatoire dans le derme ; épiderme très aminci ; couche cornée disparue.

Reportons-nous à titre d'exemple à l'examen micros-

copique, fait par Laffitte en 1898, téguments de son malade (autopsie du sujet « Frèche-Hallopeau).

« 1^o *Tronc* : Disparition de la couche cornée. Amin-
« cissement notable du corps muqueux ; disparition à
« peu près totale des papilles. Violente infiltration
« embryonnaire dans la zone sous-épithéliale et autour
« des glandes. Derme atteint. Les amas de cellules
« rondes intradermiques sont formés surtout de cellules
« conjonctives, de lymphocytes, et de quelques polynu-
« cléaires ;

« 2^o *Dos de la main* : Couche cornée disparue, sauf
« en quelques points. Corps muqueux très aminci
« envoyant des prolongements nombreux dans le
« derme. Infiltration embryonnaire et texture réticulée
« du derme, dilatation des capillaires sanguins. Lésions
« d'œdème dans le tissu conjonctif sous-jacent ».

Nerfs : Laffitte a prélevé deux fragments de nerfs de son malade.

Il trouve ceci :

« Dans le cubital : quelques tubes à myéline monili-
« formes. Dans un nerf collatéral de l'orteil ; un tiers
« est manifestement malade, fragmentation de la
« myéline, gaine de Schwann vidée de myéline ».

A la vérité d'autres chercheurs ont examiné des nerfs de sujets atteints d'acrodermatite et n'ont pas trouvé de lésion appréciable.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES : Nous les connaissons :
Le contenu des bulles peut être stérile ou contenir des microbes banaux, staphylocoque blanc ou doré.

RECHERCHES RADIOLOGIQUES : La décalcification du squelette au niveau de la dermatose est constante. Nous l'avons observée chez chacun de nos malades. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif

Le diagnostic positif de l'acrodermatite continue est pratiquement un diagnostic de spécialiste. Il est facile dans sa forme type, sans doute, mais encore faut-il y songer.

Il sera établi sur les caractères suivants :

Point de départ et localisation initiale aux extrémités digitales ;

Lésions érythématobulleuses ;

Poussées évolutives et récidives : Durée indéfinie ;

Résistance aux traitements habituels.

Diagnostic différentiel

A quoi pourrait bien ressembler la phlycténose d'Audry ? En fait l'abus a été quelquefois de ranger sous ce terme trop de dermites rebelles des doigts. Mais inversement l'acrodermatite continue pourrait tromper le clinicien, d'une part par ses lieux d'élection, d'autre part par la nature de ses éléments.

PAR SES LIEUX D'ÉLECTION :

En premier lieu, il convient de citer une dermatose portant aussi le nom d'acrodermatite : c'est l'*acrodermatite chronique atrophiante* (de Herxheimer) encore appelée Erytromélie (de Pick). Cette affection est rare en France. Pautrier insiste sur son caractère régional (Europe centrale). Cette dermatose, elle aussi, atteint les adultes et débute aux extrémités (face dorsale des mains et des pieds). Mais en s'étendant elle gagne en nappe diffuse ou en bande, les régions prétibiales, prérotulienne, cubitale, olécranienne. La lésion est érythémateuse et infiltrée entraînant une atrophie des téguments. Mais il n'existe pas d'éléments bulleux.

En second lieu, nous ferons une place à l'*acrodynie*. Pratiquement la question du diagnostic différentiel ne pourrait se poser que pour un jeune enfant, l'acrodynie frappant avec prédilection de dix-huit mois à quatre ans.

Dans cette affection, l'érythème des pieds et des mains est intense, symétrique, s'estompant progressivement à mesure que l'on s'éloigne des extrémités. Il peut lui aussi se parsemer de fines vésicules susceptibles de se transformer en pustules.

Mais d'autres phénomènes locaux viennent s'ajouter au syndrome : Hypersécrétion sudorale, desquamation des extrémités...

Et en plus, on voit se joindre un important cortège de manifestations psychiques, neuro-musculaires, des lésions des muqueuses, des signes circulatoires, etc... et un amaigrissement considérable.

Enfin, ce n'est que pour mémoire que nous parlerons du *Panaris de Morvan*, qui n'a comme caractère commun avec l'acrodermatite que celui d'être mutilant.

Dans cette affection, les extrémités des doigts sont le siège d'ulcérations torpides, au début légèrement douloureuses, bientôt complètement indolores qui cicatrisent mal. Elles récidivent sans cesse ; elles finissent par déterminer des mutilations d'un ou de plusieurs doigts, avec amputation spontanée de l'extrémité d'une phalange. L'os, lui-même, s'enflamme sous l'influence des infections, parties d'excoriations mal soignées.

A ces symptômes locaux se joignent les signes neurologiques : paraplégie, dissociation thermo-analgésique etc... qui constituent le syndrome syringomyélique.

PAR LA NATURE DE SES ÉLÉMENTS : L'acrodermatite de Hallopeau étant rare, de même que les dermatoses dont nous l'avons déjà différenciée, on serait tenté de classer les lésions du sujet qui en est porteur dans les groupes dermatologiques les plus divers :

A) La dermatose se présente-t-elle dans sa forme type, limitée ? Dans ce cas le clinicien aura tendance à songer à une maladie plus commune.

1) Nous citerons d'abord, sans commentaire, *quelques lésions variées de la peau*, auxquelles M. Gougeot a fait allusion à propos de sa publication de 1927 : Telles sont les dermatites anaphylactiques, les dermo-épidermites microbiennes diffuses, érythémato-squa-

meuses, les dyshidroses vraies ou suppurées, le pityriasis rubra, l'herpès typique ou atypique, le psoriasis pustulosus, certains lichens, sans parler des pyodermites banales.

2) Nous réserverons une place plus importante à l'*eczéma*. En 1892, Kaposi devant les deux premiers cas de polydactylites récidivantes avait songé un instant à identifier ces deux affections. Plus actuelle est la méprise au sujet de la malade de notre observation II. On se rappelle, en effet que sa lésion, à son entrée dans le Service de Clinique Dermatologique, avait été étiquetée « *eczéma* microbien consécutif à un panaris ».

Précisons donc les caractères de l'*eczéma* : l'*eczéma* forme des placards érythémateux, en carte de géographie, sur lesquels apparaît la lésion vésiculeuse. Les vésicules se transforment en croûtes, si elles se dessèchent, en exulcérations, si elles sont excoriées. Ensuite apparaissent les squames. Dans les *eczémas* prolongés, la peau s'épaissit, se strie ; la lésion devient une nappe papuleuse de lichénification.

En somme l'*eczéma* n'a pas cette fixité à l'extrémité d'un membre, n'a pas ces troubles trophiques caractéristiques de la maladie de Hallopeau. L'*eczéma* est prurigineux, l'acrodermatite continue est indolore ou donne une sensation de cuisson. Kaposi, disait lui-même, après avoir rapidement corrigé son diagnostic « que le peu de prurit, le début constant par de petites nappes purulentes et non saillantes, l'isolement de ces nappes, leur dessèchement, sans formation de croûtes épaisses » ne permettaient pas l'erreur.

B) Dans sa forme grave à généralisation, le diagnostic de la Phlycténose récidivante pourrait être plus difficile : Des discussions l'ont d'ailleurs montré.

1° *L'Impétigo herpétiforme de Hébra* est un diagnostic différentiel qui présente un intérêt historique : En effet devant les manifestations cutanées qui avaient accompagné la mort d'un de ses malades (cas Frèche), Hallopeau lui-même avait conclu qu'il s'agissait d'accidents qui pouvaient être considérés comme appartenant à l'impétigo herpétiforme. Cette théorie d'ailleurs fut réfutée par Dubreuilh et Audry. Et il semble bien que la Phlycténose récidivante dans sa forme envahissante soit différente de la maladie de Hébra.

Résumons les caractères de cette dernière affection : Elle est caractérisée par une éruption de pustules, contenant d'emblée un pus jaune verdâtre, épais. Les pustules reposent sur une peau rouge, enflammée, peu ou pas infiltrée. Chaque élément se dessèche en une croûte brun sale, autour de laquelle apparaissent immédiatement de nouvelles pustules semblables à la première ayant la même évolution. L'éruption débute en quelques points distants les uns des autres (plis de l'aisselle, aine, nombril, seins, etc...) Elle s'étend peu à peu et couvre de vastes surfaces. C'est ainsi que les doigts peuvent être envahis. Il peut se former sur la phalangette une tour-niole qui amène la chute de l'ongle. S'il ne tombe pas celui-ci peut devenir terne, friable, inégal. Les muqueuses, comme celles de la bouche, sont parfois atteintes.

Notons, en plus, la marche aiguë de la maladie, l'alté-

ration profonde de l'état général. C'est là un caractère distinctif primordial, qui s'ajoute à la notion du point de départ.

2° *La dermatite polymorphe douloureuse de Brocq* peut-elle entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel ? Elle le pourrait si l'acrodermatite était considérée définitivement comme une entité morbide véritable.

En effet, la dermatite polymorphe douloureuse se caractérise par une éruption polymorphe, composée de plaques érythémateuses, petites ou grandes, souvent ortiées ou marginées, sur lesquelles se développent des vésicules ou des bulles. Elle procède par poussées, qui s'accompagnent de prurit, de douleurs, quelquefois d'accès fébriles et durent de quelques semaines à quelques mois. A la longue le plus souvent les poussées s'espacent, s'atténuent, puis la guérison survient. L'éruption peut être diffuse, ou localisée, aux membres par exemple. Elle envahit souvent les muqueuses. Certaines formes se terminent par la mort.

A la vérité la question de la dermatite polymorphe douloureuse s'est posée beaucoup plus à propos de la nature même de la maladie de Hallopeau. Aussi nous y reviendrons dans notre chapitre de la Pathogénie.

PATHOGÉNIE

Nous disions tout à l'heure que l'on a quelquefois abusé du terme acrodermatite continue en y rangeant trop de dermites rebelles des doigts. Si les auteurs, en fait, ont eu de la peine à se mettre d'accord pour faire de ce syndrome une entité morbide spéciale, c'est que précisément, il y manque un critérium anatomo-pathogénique précis.

Plusieurs théories ont été mises en avant :

Théorie infectieuse

Elle a été soutenue par Hallopeau lui-même. Il la défend dès le début contre l'opinion de Vidal, mais c'est surtout à propos d'une communication sur son quatrième fait d'acrodermatite continue qu'il détaille en ces termes le système pathogénique qu'il conçoit :

« Pénétration, par un traumatisme, de microbes pathogènes sous l'épiderme d'une extrémité digitale ou
« d'une autre partie de la main, prolifération de ces microbes, réactions locales sous forme d'érythèmes et de
« pustules et de traînées purulentes polymorphes, défaut d'évacuation, en raison de l'épaisseur que pré-

« sente l'épiderme dans ces régions, des produits de
« suppuration et des microbes, extension progressive
« des altérations dans toute la région où l'épiderme pré-
« sente ces mêmes caractères, déformation en massue
« des dernières phalanges, déviations des doigts ma-
« lades comparables à celles du rhumatisme noueux,
« troubles trophonévrotiques réflexes dans l'extrémité
« correspondante qui devient un terrain de culture fa-
« vorable à l'invasion et à la multiplication des mêmes
« microbes pathogènes, extension progressive des alté-
« rations à cette extrémité correspondante, transport des
« mêmes microbes pathogènes aux autres extrémités,
« envahissement de ces dernières suivant un même
« mode, résistance des altérations à tous les traitements
« en raison de l'impossibilité d'atteindre l'agent infec-
« tieux sous cette épaisse couche épidermique, poussées
« secondaires du côté des autres parties du corps et de
« la muqueuse buccale, défaut d'infection généralisée ».

Notons que sans nier, on le voit, les troubles de Pin-
nervation, Hallopeau leur attribue, néanmoins, un rôle
secondaire.

Quelques années plus tard, l'auteur croit trouver dans
l'application d'eau oxygénée une méthode curatrice de
sa dermatose. Et cette action favorable d'un paraticide
est pour lui l'occasion de fournir un nouvel argument
en faveur de la nature infectieuse de la dermatite. Si
certains cas sont rebelles, prétend-il toujours, c'est que
les agents pathogènes trouvent un bon terrain de culture
inaccessible aux antiseptiques.

Même en 1904, après avoir soumis, avec succès, un de

ses malades au traitement radiothérapique il repose la question suivante :

Faut-il admettre une action bactéricide sur des microbes *parvæ resistantiæ*, ou une action trophonévrotique transformant ce milieu sous-épidermique en un terrain de culture peu favorable à la vie de ces microbes pathogènes ? »

D'ailleurs Hallopeau n'est pas le seul dermatologiste à avoir soutenu la théorie infectieuse de la phlycténose récidivante des extrémités : M. Thibierge en 1920 est porté à la considérer comme un syndrome susceptible d'être réalisé par des infections diverses. Et plus près de nous la théorie infectieuse est encore soutenue par quelques auteurs étrangers.

En faveur de cette opinion existent plusieurs arguments : D'abord notion de porte d'entrée microbienne, le sujet invoquant souvent un traumatisme à l'origine. Ensuite notion bactériologique. On voit se développer des germes pathogènes lorsqu'on met en culture le contenu des pustules. Enfin le traitement anti-infectieux (antisepsie, vaccinothérapie) améliore quelquefois la lésion. A la vérité, l'infection joue dans l'acrodermatite continue un rôle constant, mais secondaire. C'est sur cet élément secondaire qu'agit le traitement anti-infectieux. D'ailleurs certains cas publiés comme ayant cédé à l'antisepsie ou aux vaccins n'étaient-ils pas de vulgaires cas de pyodermites ? Les phlycténoses récidivantes vraies n'ont pas les réactions inflammatoires de l'infection, ni lymphangite, ni adénite.

Comme le dit M. Bonnet « Il est impossible de voir là

une simple infection par les staphylocoques. L'aspect des bulles diffère tout à fait, l'évolution de la maladie est en contradiction complète ; enfin dans plusieurs cas les lésions ne contenaient aucun pyococque, notion capitale qui montre que dans les cas où on en a trouvé, ils étaient là, à titre de simple affection surajoutée ».

Théorie trophonévrotique.

Elle a été soutenue pour la première fois par Vidal. Il appuyait sa thèse sur le fait que le premier malade dont l'observation ait été publiée présentait depuis son enfance un syndrome de Raynaud. De plus il trouvait que l'infection ne suffisait pas à expliquer l'apparition symétrique des lésions, les malformations unguéales, etc..., etc.

Or, en 1897, après la publication du cas que M. Frèche avait précisément étiqueté « Eruption trophonévrotique » une discussion très intéressante s'éleva à la Société de Dermatologie entre Hallopeau, qui maintenait ses positions et M. Dubreuilh, qui soutenait la même opinion que Vidal. Il concluait, lui aussi, en effet, à une trophonévrose, d'origine inconnue, ne s'appuyant sur aucune preuve, mais qui cependant paraissait plausible :

« Le traumatisme primitif, disait-il, est très problématique, ainsi que sa corrélation avec le début de l'affection.

« La suppuration se fait au pourtour de l'ongle : or, une inoculation septique au pourtour de l'ongle donne une tourniole, et rien de plus ; à la face palmaire de

« la main et des doigts, un abcès en bouton de chemise.
« Comment admettre cette durée de la maladie avec un simple épaissement de la couche cornée ? »

Comme on le voit, c'était M. Dubreilh qui, à son tour, attribuait aux troubles nerveux le rôle primitif, à l'infection le rôle secondaire.

A vrai dire, cette hypothèse manque de base sérieuse ; elle reste dans le vague, et l'examen clinique ne décèle pas de lésion du système nerveux.

L'assimilation à d'autres dermatoses.

Elle a été voulue par plusieurs auteurs :

1° On a voulu l'identifier d'abord avec une affection décrite par Crocker en 1892 sous l'appellation de *Dermatitis repens* et qui serait d'après son auteur « une dermatite à extension, consécutive ordinairement à un traumatisme, d'origine probablement nerveuse, et commençant exclusivement par les mains ».

Cette affection, à évolution « serpigineuse » et qui semble par là bien différente de la Maladie de Hallopeau, est, elle aussi, bien obscure dans sa pathogénie. Et si nous en parlons, c'est d'une part parce qu'une observation anglaise typique d'acrodermatite continue (Stowers 1896) a été publiée sous le titre de « Dermatitis repens » et, que d'autre part Sutton a prétendu que la *Dermatite serpigineuse* » de Crocker et l'acrodermatite de Hallopeau pouvaient être « des types différents d'une même maladie sans doute microbienne, et se localisant aux mains ».

2° On a voulu surtout faire entrer les acrodermatites

continues dans le cadre des « *Dermatites douloureuses polymorphes* » de Dühring-Brocq :

Déjà M. Bodin en 1903, à l'occasion d'une observation publiée dans les Annales de Dermatologie sous le titre de « *Phlycténose récidivante des extrémités* » avait émis l'hypothèse d'un rapprochement possible des acrodermatites continues et de certaines formes localisées de la dermatite herpétiforme de Dühring telle que Brocq la conçoit magistralement.

Carle d'ailleurs admettait la même opinion, et est nettement affirmatif dans ce sens ainsi que cela ressort de sa communication d'avril 1904. Mestchesky s'y rallie dans son travail de 1904.

Or en 1920, M. Bodin revient sur le même sujet :

« Si l'on veut bien tenir compte, dit-il, de la coïncidence en plusieurs cas d'éruption étendue de dermatite herpétiforme et d'acrodermatite pustuleuse, les deux types éruptifs se succédant ou coexistant ; si l'on veut bien, d'autre part, considérer les caractères évolutifs et éruptifs généraux de l'acrodermatite continue, il est certain que c'est avec le groupe des dermatites herpétiformes localisées, que ces acrodermatites offrent le plus d'analogie et de ressemblance »

Nous avons fait, à propos du diagnostic des phlycténoses récidivantes, un résumé de la symptomatologie des dermatites douloureuses polymorphes. Insistons particulièrement sur certains points de la description classique de Brocq :

On lit à propos des formes aiguës « L'éruption est

polymorphe universelle ». « Elle s'accompagne d'éléments érythémateux, de papules prurigineuses, de papulo-vésicules... et même de pustules ». « Il est de règle que les variétés aiguës aient des phénomènes éruptifs d'une intensité moindre et d'un polymorphisme moins accentué que les variétés chroniques ».

A propos des formes circonscrites : « Les segments de peau qui sont le siège des éruptions prennent parfois à la longue un aspect cicatriciel et se parsèment de kystes épidermiques ».

Les signes subjectifs seraient « constants et vraiment pathognomoniques » « démangeaisons d'une extrême intensité, sensation de chaleur et d'ardeur, de piqûres d'abeille, de picotements, de fourmillements, de cuisson et de brûlure, de tension douloureuse... jamais ces sensations ne font défaut... ».

M. Chatellier qui discute la thèse de M. Bodin et qui fait lui-même ces citations de la description de Brocq, donne son avis en ces termes :

« Nous ne trouvons rien de comparable dans la « phlycténose, où l'apparition s'accompagne de phénomènes subjectifs très réduits ; le plus souvent même « l'éruption est indolente ou légèrement prurigineuse. « De plus, et surtout la phlycténose est essentiellement « monomorphe, caractérisée par des phlyctènes ou des « pustules, naissant en peau saine ou sur une base « érythémateuse. Elle débute par les extrémités. Les « généralisations qui y ont été remarquées ont toujours « suivi les lésions des extrémités ».

Et le Chef de clinique dermatologique de la Faculté

de Toulouse de faire valoir son opinion en s'appuyant sur les données formelles du laboratoire :

Eosinophilie constante dans le sang et le liquide des bulles de la dermatite polymorphe.

Absence d'éosinophilie dans la maladie de Hallopeau.

Pour nous, nous concluons avec M. Bonnet, que nous avons déjà maintes fois cité :

L'acrodermatite continue est plus comparable à la maladie de Duhring, qu'à une pyodermite ou à une trophonévrose, mais il n'y a pas identité certainement».

*
* *

En somme des diverses théories qui ont été émises jusqu'ici pour expliquer la nature et la pathogénie des phlycténoses récidivantes et que nous venons de rappeler sont loin d'être convaincantes et ne peuvent du reste s'appliquer à tous les cas publiés ; et l'on peut dire qu'aujourd'hui encore cette affection reste toujours mystérieuse.

Les observations des trois malades que nous rapportons nous fournissent l'occasion d'ajouter deux notions nouvelles à la symptomatologie de l'acrodermatite continue. Les *altérations du squelette* et l'*hypercalcémie*, notions qui permettront d'orienter les recherches futures dans une nouvelle voie, et d'arriver peut-être à élucider la nature exacte de cette affection.

A. — LES ALTÉRATIONS SQUELETTIQUES.

Il ne semble pas jusqu'à présent que l'attention des auteurs ait été appelée sur les lésions osseuses qu'accom-

pagnent cette affection cutanée, car aucun n'en fait mention.

Si MM. Glasser et Diss, dans leur présentation de malade de novembre 1926 parlent bien d'une atrophie des phalangettes « constatée à la radiographie », si M. Bonnet, à propos de l'autopsie qu'il a eu l'occasion de pratiquer déclare, que « les os sont friables, sans résistance..., le bistouri les coupe facilement », ces auteurs ne paraissent pas attacher une importance spéciale à ces lésions et plutôt les considèrent comme consécutives à l'infection cutanée et aux mutilations locales.

Or les radiographies pratiquées chez nos trois malades atteints d'acrodermatite continue, ont démontré d'une façon évidente des lésions osseuses importantes dont nous avons donné la description au cours des observations qui se caractérisent, en somme, par une décalcification de tout le squelette au niveau des régions malades.

De l'examen et de la comparaison des clichés radiologiques de nos trois malades, le Dr Gauducheau a pu tirer la conclusion suivante au sujet de l'évolution des altérations osseuses (comme du reste on peut s'en rendre compte sur les clichés que nous reproduisons ici).

« Il semble que l'on puisse suivre le processus qui « préside aux troubles osseux dans l'ordre suivant : Il « semblerait d'abord se manifester par une décalcifi-
« cation plus ou moins intense, faisant ressortir la
« finesse de la structure osseuse, comme au niveau des
« deux pouces de M. R. (obs. III).

« Dans un second temps, cette structure osseuse, elle-

« même s'efface, l'os prend un aspect ouaté pouvant
« même aboutir à un aspect presque cavitaire, comme
« à l'extrémité distale du 4^e métacarpe de Mme C...
« (obs. II). Il faut cependant faire la part dans ce cas de
« traumatisme chirurgical, qui n'a peut-être pas été sans
« influence sur cet état ».

Les lésions osseuses ne sont certainement pas uniquement sous la dépendance des lésions cutanées, car elles ne se rencontrent pas seulement au niveau des lésions de la peau, mais également en des points du squelette, éloignés des parties malades. C'est le cas dans notre deuxième observation, où la radiographie montre que le maximum de lésions atteint le système osseux au niveau de l'articulaire métacarpophalangienne des 2^e, 3^e et 4^e doigts ; alors qu'au niveau de l'auriculaire, où les lésions cutanées sont le plus prononcées la première phalange de ce doigt est beaucoup moins atteinte, et qu'on ne note rien sur les 2^e et 3^e phalanges. Il n'y a donc pas concordance absolue entre les altérations osseuses et celles de la peau.

B. — L'HYPERCALCÉMIE.

Cette décalcification osseuse s'accompagnait en outre chez nos trois malades d'une augmentation de calcium sanguin ainsi qu'en témoignent les chiffres de dosages qui ont été effectués par le Prof. Marguery, dont nous rappelons ci-dessous les résultats.

Obs. 1		118 mmgr.
Obs. 2		200 mmgr.
Obs. 3		109 mmgr.

L'hypercalcémie paraît donc constante, mais peut atteindre un degré variable suivant le cas.

Ces deux notions nouvelles : Ostéolyse et hypercalcémie démontrent qu'il existe dans la maladie de Hallopeau, un phénomène physio-pathologique, soit originel, soit concomitant qui consiste en une mobilisation de la chaux de l'organisme. Autrement dit : Il existe un *trouble du métabolisme du calcium*.

*
* *

Si l'on se demande quelle peut-être la pathogénie de ce trouble du métabolisme du calcium ; l'idée vient tout naturellement de l'attribuer à un dysfonctionnement endocrinien et à rapprocher ces faits de ceux signalés par le Professeur Leriche dans des travaux si importants sur la sclérodermie :

C'est en 1929 qu'a été posée la question de l'origine parathyroïdienne de la sclérodermie, à la suite des dosages de Pautrier et de Jong qui montrent une hypercalcémie presque constante. M. Leriche poursuit les travaux, en se basant sur l'expérimentation et nous savons que les résultats ont été probants : Après avoir en effet fait injecter de l'hormone parathyroïdienne dans l'organisme du cochon et surtout du rat, il étudie, chez ces animaux, leurs téguments du triple point de vue clinique, chimique et histologique. Et il tire en particulier ces conclusions.

« L'hyperparathyroïdisme réalisé par des injections

« de parathormone s'accompagne de lésions tégumentaires... »

« A l'examen histologique des téguments, on observe successivement :

« de l'infiltration avec dissociation du derme,

« une exfoliation considérable de l'épiderme avec prolifération du tissu conjonctif du derme et destruction partielle;

« de fortes infiltrations calcaires du derme avec grandes destructions du tissu conjonctif et des annexes de la peau ;

« un amincissement considérable de l'épiderme et une formation conjonctive cicatricielle du derme et de l'hypoderme ».

D'ailleurs le traitement d'épreuve (ablation d'une parathyroïde, ligature d'une artère nourricière) a démontré abondamment que la sclérodermie comme le dit le Maître de Strasbourg « n'est pas une maladie de la peau, ni une maladie sympathique, ni une maladie neuro-endocrinienne. Elle est essentiellement une maladie parathyroïdienne ».

Si nous insistons sur ces travaux, c'est que, sans vouloir assimiler complètement la maladie de Hallopeau à la sclérodermie, il est certain cependant, d'après les lésions osseuses que nous avons observées, que cette maladie n'est pas elle non plus *une maladie exclusive de la peau* » mais une *manifestation « tégumentaire » d'une maladie d'ordre général*.

Comme l'a démontré Leriche pour la sclérodermie,

l'acrodermatite continue semble être, elle aussi « autant une maladie du squelette qu'une maladie de la peau ». Et il est tout naturel de supposer que cette affection est régie par une modalité de *dysfonctionnement des glandes hormonales*, dans lesquelles pourrait entrer en jeu la parathyroïde, avec, bien entendu, intermédiaire sympathique.

TRAITEMENT

Ce point de vue : nous entendons par là l'assimilation de l'acrodermatite continue à une maladie d'ordre général, explique l'échec thérapeutique.

On a essayé un TRAITEMENT ANTI-INFECTIEUX : En réalité les *antiseptiques* ne donnent un résultat que pour ce qui concerne l'infection surajoutée. C'est ainsi qu'agissent l'eau oxygénée (préconisée par Hallopeau lui-même) l'eau d'Alibour, l'argent colloïdal, etc.

De même la *vaccinothérapie* est de bien peu de valeur quoiqu'on en dit. Et le cas de cette jeune fille qui guérit à la suite d'injection d'auto-vaccins, paraît bien discutable quant au diagnostic.

Pour les trois malades dont nous rapportons l'observation, les applications locales n'ont eu aucun effet curateur.

La RADIOTHÉRAPIE a été préconisée elle aussi par Hallopeau. Elle est peut-être un peu plus efficace. Cela concorde avec la thèse que nous adoptons. Ces dernières années les cas de Saretéanu, de Watrin paraissent favorables. Par contre il existe des échecs complets ; en tous

cas il est bien admis que l'efficacité des Rayons X est loin d'être absolue.

D'ailleurs jusqu'ici la radiothérapie n'a été employée que comme traitement local. On peut espérer pouvoir obtenir un meilleur résultat en s'adressant à la radiothérapie sympathique. C'est à elle que nous nous sommes adressés : chez un de nos malade où nous avons fait de la radiothérapie surrénale. Il y a eu du reste sédation des phénomènes subjectifs et les poussées évolutives ont été moins intenses.

*
* *

3° Jusqu'ici la maladie de Hallopeau a pu être considérée comme difficilement curable. Si les recherches futures viennent confirmer les idées que nous venons d'émettre au sujet de la pathogénie de cette affection, il est possible que dans l'avenir, elle devienne accessible aux ressources thérapeutiques, soit médicales, soit chirurgicales, comme l'est devenue depuis quelque temps la sclérodermie.

CONCLUSIONS

1° L'acrodermatite continue de Hallopeau, affection relativement rare, bien individualisée au point de vue clinique reste encore fort obscure quant à sa nature et sa pathogénie;

2° Aux lésions cutanées viennent se surajouter des altérations du squelette (ostéolyse) et de l'hypercalcémie. Nous les avons observées à des degrés divers chez nos trois malades. Si elles se retrouvent d'une façon constante dans l'avenir, comme nous le pensons, elles permettront d'orienter les recherches futures dans une voie nouvelle;

3° L'acrodermatite continue ne devrait plus être considérée comme une maladie locale mais comme une maladie d'ordre général dans laquelle existe un trouble du métabolisme du calcium dû sans doute à un dysfonctionnement des glandes hormonales;

4° Ces notions nouvelles permettent d'espérer que cette affection restée à peu près incurable jusqu'ici (mise

à part l'influence de la radiothérapie) devienne maintenant accessible aux ressources thérapeutiques soit médicales, soit chirurgicales.

Vu le Président,
GOUGEROT.

Vu le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

HALLOPEAU. — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique (*Annales de Dermatologie*, 1890, p. 423).

HALLOPEAU (Thibierge, Hallopeau, Vidal). — Sur un deuxième cas de polydactylite suppurative récidivante (*Annales de Dermatologie*, 1892, p. 514).

STEWERS. — *British Journal of Dermatology*, 1896, p. 1.

AUDRY. — Sur un érythème récidivant des extrémités. Classification provisoire des acrodermatites (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 303).

HALLOPEAU (Hallopeau et Lafitte). — Sur les acrodermatites continues (polydactylites récidivantes) (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 474).

FRÈCHE. — Eruption trophonévrotique des extrémités rappelant la dermatitis repens (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 491).

HALLOPEAU (Fournier, Hallopeau). — Sur un quatrième fait d'acrodermatite suppurative continue (*Annales de Dermatologie*, 1897, p. 1277).

HALLOPEAU (Dubreuilh, Hallopeau). — Deuxième note sur un quatrième cas d'acrodermatite continue, suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venue la compliquer (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 36).

HALLOPEAU. — Note sur le cas de polydactylite suppurative présenté à la dernière séance (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 36).

HALLOPEAU (Hallopeau, Lafitte). — Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite continue suppurative, avec infection purulente tégumentaire (impétigo-herpétiforme) (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 223).

HALLOPEAU. — Acrodermatite suppurative continue (*Annales de Dermatologie*, 1899, p. 566).

AUDRY. — *Annales de Dermatologie*, 1899 p. 573.

LEDoux. — Contribution à l'étude des acrodermatites (*Thèse de Bordeaux*, 1899).

AUDRY. — Les Plycténoses récidivantes (acrodermatites continues de Hallopeau) (*Annales de Dermatologie*, 1901 (t. II) p. 913).

HALLOPEAU (Brocq, Hallopeau). Sur un cas d'acrodermatite continue suppurative, favorablement modifiée par l'eau oxygénée (*Annales de Dermatologie*, 1902, p. 604).

HALLOPEAU et ECK. — Nouvelle note sur un cas d'Acrodermatite suppurative continue des mains (*Annales de Dermatologie* 1902, p. 1027).

CARLE. — Un cas de phlycténose récidivante des extrémités (*Annales de Dermatologie*, 1902, p. 130).

CARLE. — Phlycténose récidivante et dermatite polymorphe douloureuse (*Bulletin Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1903, p. 130).

HALLOPEAU et GASTON. — Guérison presque complète par les Rayons X d'une acrodermatite suppurative cutanée, remontant à 26 ans (*Annales de Dermatologie*, 1904, p. 1021).

HUDELO et HÉRISSE. — Acrodermatite continue (forme suppurative) (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1905, p. 78).

HALLOPEAU et KRAUTZ. — Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1905, p. 80).

HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas d'acrodermatite sup-

purative continue (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1907, p. 1).

BODIN. — Note sur quatre cas d'acrodermatite suppurative continue de Hallopeau (*Annales de Dermatologie*, 1920, p. 193).

THIBIERGE et LEGRAIN. — Début probable d'acrodermatite continue suppurative de Hallopeau, chez un enfant de 5 ans (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1920, p. 356).

CHATELLIER (Chatellier et Audry). — Sur une phlycténose récidivante des extrémités avec réaction méningés. Appartient-elle à la dermatite polymorphe douloureuse (*Annales de Dermatologie*, 1921, p. 131).

HUDELO et PICARD. — Acrodermatite bulleuse et pustuleuse chronique à poussées successives (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1921, p. 12).

GLASSER et DISS. — Acrodermatite suppurative continue (*Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1926, p. 744).

OLTRAMARE, GOLAY et STAROBINSKY. — Un cas d'acrodermatite, guéri par un autovaccin (*Annales de Dermatologie*, 1927, p. 194).

GOUGEROT. — Forme nouvelle érythémato-squameuse et fissuraire des acrodermatites de Hallopeau (*Paris Médical*, 1927, p. 69).

BARBER et EYRE. — Acrodermatite continue (*British journal of Dermatology*, 1927 et *Annales de Dermatologie*, 1928, p. 314).

NICOLAS, MASSIA et FROMENT. — Un cas généralisé d'acrodermatite suppurative continue (forme grave de la maladie de Hallopeau) (*Réunion dermatologique de Lyon*, 21 novembre 1929).

HEES. — Un cas d'acrodermatite continue (Hallopeau) (*Annales de Dermatologie*, 1930).

GOUGEROT et DUREL. — Acrodermatite érythémato-squameuse discontinue saisonnière estivale (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, p. 1138).

TOURAINE, RENAUT et GATÉ. — Forme phlycténulaire généralisée de l'acrodermatite continue (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 mars 1932).

WATRIN. — Maladie d'Hallopeau : Résultat du traitement bismuthique associé à la radiothérapie (*Réunion dermatologique de Nancy*, 16 mai 1933).

BONNET. — Forme grave de l'acrodermatite suppurative continue d'Hallopeau. Un cas généralisé et mortel (*Lyon Médical*, t. II, p. 33).

LERICHE. — Nature et traitement de la sclérodermie. Recherches expérimentales. Résultats thérapeutiques (*Gazette des Hôpitaux*, 6 février 1935, p. 173).

LERICHE, JUNG et SUREYYA. — La peau dans l'hyperparathyroïdisme expérimental. Etude de la sclérodermie expérimentale (*Presse Médicale*, 15 mai 1935, p. 777).

GOUGEROT. — *La Dermatologie en clientèle.*

DARIER. — *Précis de Dermatologie.*

DESAUX et BOUTELIER. — *Précis de Dermatologie.*

1936. Saint-Amand (Cher) — Imprimerie CLERC (S. à R. L.)
